

Ansiedad y depresión en adultos mayores

Anxiety and depression in elder people

Christian Oswaldo Acosta Quiroz y Raquel García Flores¹

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el funcionamiento psicológico en adultos mayores del noroeste de México. Participaron 82 sujetos jubilados y pensionados, quienes respondieron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta en español, así como la versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, para medir los constructos de depresión y ansiedad, respectivamente, tomados como indicadores de funcionamiento psicológico. Los resultados indican la presencia de estos problemas clínicos en los participantes, mas no se identificó relación de estos con el sexo y estado civil. Además, se revelaron en el estudio las excelentes propiedades psicométricas de los instrumentos de medición utilizados.

Palabras clave: Adultos mayores; Funcionamiento psicológico; Depresión; Ansiedad.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine psychological functioning in elder adults in northern Mexico. The participants were 82 retired persons, to whom the Geriatric Depression Scale of Yesavage in its short version in Spanish was applied, as well as the Mexican version of Beck Anxiety Inventory to evaluate "depression" and "anxiety" constructs, considered as psychological functioning indicators. The results show the presence of those problems in the participants, but there was no relationship between these constructs with sex and marital status. Furthermore, excellent psychometric properties of measure instruments were found.

Key words: Elder adults; Psychological functioning; Depression; Anxiety.

INTRODUCCIÓN

El tema del envejecimiento de la sociedad en México atañe a diversas áreas, especialidades o profesionales como los psicólogos, médicos, trabajadores sociales, economistas, políticos y otros. En el caso de la psicología, existen algunos puntos que son prioritarios en el cuidado de los adultos mayores, entre los cuales el funcionamiento psicológico tiene que ver con problemas clínicos de depresión y ansiedad. El hecho de considerar ambas patologías se debe a que son síntomas que tienden a ocurrir conjuntamente en la vejez.

La depresión es el desorden psicológico más importante entre los ancianos; sin embargo, se requiere de mayor investigación sobre los factores psicosociales relacionados con ambas condiciones, la que debe orientarse paulatinamente hacia los esquemas de interacción entre los factores predisponentes o precipitantes y las variables moduladoras, tales como el locus de control, la autoestima, las expectativas de autoeficacia y el apoyo social (crf. González, 2005a).

¹Instituto Tecnológico de Sonora, DES Unidad Navojoa, Ramón Corona s/n, Col. ITSON, 85860 Navojoa, Son., México, tel. y fax (642)422-59-29, ext. 5123, correos electrónicos: cacosta@itson.mx y raquelgarcia@itson.mx. Artículo recibido el 4 de julio y aceptado el 24 de julio de 2007.

La depresión también se relaciona con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones, que son más frecuentes en los adultos mayores, pues este grupo utiliza cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población (González, 2005b). En una muestra de 67 adultos mayores con osteoartritis, se valoró el rol del dolor, las percepciones de apoyo social y el optimismo en los síntomas depresivos; el dolor explicó la varianza en la depresión (Ferreira y Sherman, 2004).

En esa misma línea, un estudio prospectivo de 230 adultos mayores afroamericanos determinó la relación entre dolor crónico, depresión y varios factores psicosociales. Los resultados indican una relación significativa entre dolor crónico, locus de control en salud, apoyo social, satisfacción con la vida y depresión en tales adultos (Baker y Hines, 2004).

La salud de los adultos mayores tiende a deteriorarse con el paso de los años; casi la totalidad de ellos vive en casa, independientemente de su estado de salud, y una gran proporción toma algún medicamento, con o sin receta médica. Los mayores de 80 años son los que muestran mayor fragilidad. Un estudio abordó el bienestar subjetivo de 340 sujetos de entre 80 y 84 años de edad y la influencia de la fragilidad en aquél; los resultados mostraron que la fragilidad tiene un impacto evidente en el bienestar de los más viejos, de modo que los más frágiles tienen más síntomas depresivos que los ancianos independientes (Girardin, Lalive, Stini y Bikel, 2004).

En cuanto al perfil sociodemográfico de las personas mayores, el grupo mayor de 60 años crecerá más rápidamente con predominio del sexo femenino (González-Celis, 2005b). Un estudio examinó la relación entre género y depresión en adultos mayores taiwaneses. La depresión se midió con la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage, Brink, Rose y cols., 1983). No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de la escala entre hombres y mujeres (Suen, 2004).

De igual manera, y en cuanto a la ansiedad, aun cuando prácticamente todo el mundo sabe lo que es sentirse angustiado, preocupado, nervioso, asustado, tenso o lleno de pánico (Burns, 2006), los sucesos vitales estresantes pueden activar la aparición de la preocupación excesiva que sin duda

se puede considerar como un sello característico de la ansiedad, y no debe olvidarse que el envejecimiento trae consigo un potencial suficiente para la aparición de estresores significativos, siendo quizá los más importantes los problemas de salud, que provocan en las personas mayores una especial inquietud (Yuste, Rubio y Aleixandre, 2004).

En un estudio de Chyun, Katten, Melkus, Sharp y Davey (2004) se relacionaron los cambios en ansiedad por alrededor de tres meses en 47 individuos con diabetes mellitus tipo 2, quienes estaban bajo monitoreo en la detección de isquemia por diabetes asintomática. El no discutir los resultados con los familiares se asoció a un incremento en la ansiedad depresiva, en tanto que los niveles más bajos de competencia para afrontar la enfermedad se asociaron a un incremento en la ansiedad somática.

En esa misma línea, los investigadores coinciden en que algunos adultos mayores experimentan ciertas formas de trastorno de ansiedad, de las que la mayoría son temores o fobias; un estudio examinó las respuestas de 256 adultos mayores a quienes se aplicó una encuesta sobre sus "actividades" y el "temor a caerse", y la relación de estos con caídas, habilidad funcional, calidad de vida y restricción en las actividades. Se identificaron sujetos con bajos y altos niveles de temor a caerse; un análisis de varianza discriminó a aquellos sujetos que experimentaron caídas de los que no las sufrieron, y además identificó bajos y altos niveles de habilidad funcional, restricción de las actividades y calidad de vida (Li, Fisher, Harper, McAuley y Wilson, 2003).

Ante estos argumentos y evidencias, resulta entonces importante la evaluación adecuada de los problemas de depresión y ansiedad en adultos mayores. Estar "deprimido" puede entenderse en tres niveles diferentes, y cada uno de ellos incorpora una aproximación distinta sobre su evaluación. En un primer nivel, sintomatológico, la depresión hace referencia a un estado de ánimo decaído y triste; en un nivel sindrómico, el segundo, implica no sólo la existencia de un determinado estado de ánimo sino también una serie de síntomas concomitantes (cambios en el apetito, problemas de sueño, pérdida de placer, inactividad, etc.); por último,

en un nivel nosológico (trastorno clínico), los síntomas no se deben exclusivamente a otro trastorno o condición (por ejemplo, una reacción de duelo o una idea delirante que entristece al paciente) (Vázquez, Hernangómez, Hervás y Nieto, 2006).

En el caso de la evaluación de la ansiedad –especialmente el trastorno de ansiedad generalizada en adultos mayores– se debe cubrir una serie de objetivos elementales: en primer lugar, identificar los síntomas presentes y establecer el diagnóstico; en segundo término, obtener información sobre la gravedad de los síntomas comportamentales, fisiológicos y cognitivos, y averiguar cómo interfieren tales síntomas en la vida de la persona; en tercer lugar, se debe obtener información sobre variables relevantes asociadas con el trastorno, como la intolerancia a la incertidumbre, las propias razones de las preocupaciones, la supresión de pensamientos y la solución de problemas; finalmente, evaluar los aspectos generales que pueden aparecer de manera concomitante (Fuentes, Alarcón, Cabañas y Capafons, 2006).

En ese sentido, y dada la importancia del tema de la depresión y ansiedad en adultos mayores, el objetivo general de este estudio fue determinar el funcionamiento psicológico en adultos mayores de la región del Mayo, en el noroeste de México, con base en la evaluación de los constructos de depresión y ansiedad.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en este estudio no experimental, seccional y explicativo (Sierra, 2003) pertenecían a grupos de pensionados y jubilados de la Sección 28 y 54 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM), con 32, 24 y 26 participantes respectivamente, con una edad mínima de 52 años y máxima de 89 años, en la ciudad de Navojoa, Sonora (México).

Materiales

Los materiales utilizados fueron la ficha de consentimiento informado y de datos sociodemográficos; la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale [GDS]) en su versión corta de 15 reactivos en español, la versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory [BAI]), lápices y hojas blancas para impresión de materiales, así como impresora, computadora y paquete estadístico SPSS, versión 11.

Procedimiento

A través de la firma de convenios entre la institución de adscripción de los autores y las secciones 28 y 54 del SNTE, así como con el ISSSTE e INAPAM, se tuvo acceso a un total de 82 adultos mayores jubilados y pensionados. Se diseñó un consentimiento informado y una ficha de datos sociodemográficos, los que se aplicaron en los lugares de reunión sabatina de los respectivos grupos.

Inmediatamente después de la lectura y firma del consentimiento informado y del llenado de la ficha de datos sociodemográficos, se aplicó en la misma reunión la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Inventario de Ansiedad de Beck.

Se generó una base con todos los datos mediante el paquete estadístico SPSS, versión 11, y se obtuvieron las calificaciones sobre los indicadores de depresión y ansiedad en los participantes.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico utilizando la prueba chi cuadrada para identificar las posibles relaciones entre los indicadores de depresión y ansiedad con el sexo y estado civil de los participantes. Además, se obtuvieron las propiedades psicométricas de la escala y el inventario, utilizándose el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de los instrumentos a través de su consistencia interna, así como la chi cuadrada y la prueba T de muestras independientes para obtener la validez concurrente de los instrumentos a través de grupos contrastados.

Por último, se analizaron los resultados obtenidos de la aplicación de la ficha de datos sociodemográficos, la escala y el inventario, así como

los del análisis estadístico de la supuesta relación entre los diversos indicadores y las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de los instrumentos de medición utilizados.

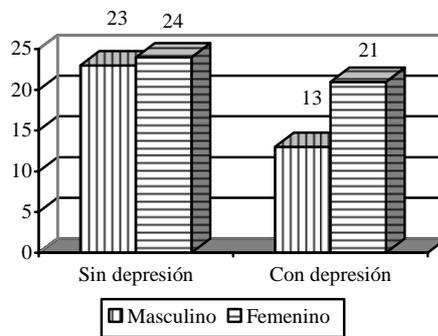
RESULTADOS

Los participantes tuvieron una edad mínima de 52 años y una edad máxima de 89 años, con una media de 67.8 años de edad. En cuanto al sexo, 37 participantes (45%) eran de sexo masculino y 45 (55%) de sexo femenino; en cuanto al estado civil,

7 participantes (9%) eran solteros, 25 (30%) viudos o divorciados y 50 (61%) estaban casados o vivían con pareja.

Por otro lado y con respecto a los resultados obtenidos por la GDS, se encontró que 34 participantes (42%) mostraban indicadores de depresión según la escala, no así 47 (58%). Cruzando la información entre la presencia o no de indicadores de depresión y el sexo de los participantes (Figura 1) mediante la prueba de chi cuadrada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo de los participantes y el poseer o no indicadores de depresión ($p > 0.05$).

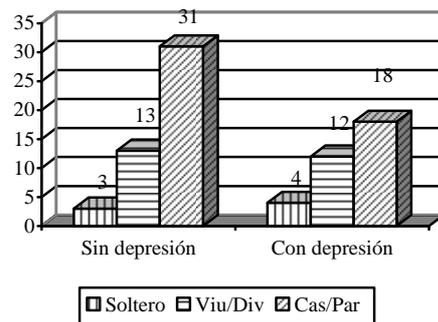
Figura 1. Frecuencia del sexo de los participantes con o sin indicadores de depresión.



Según la prueba de chi cuadrada, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre el

estado civil de los participantes y el tener o no indicadores de depresión ($p > 0.05$) (Figura 2).

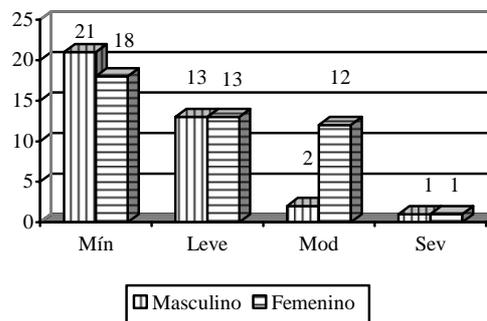
Figura 2. Frecuencia del estado civil de los participantes con o sin indicadores de depresión.



Con respecto al nivel de ansiedad manifestado por los sujetos, 39 participantes (48%) sufrían un nivel mínimo de ansiedad; 26 (32%) un nivel leve, 14 (17%) un nivel moderado y 2 (3%) un nivel severo de ansiedad.

La información cruzada entre los diferentes niveles de ansiedad y el sexo de los participantes (Figura 3), según la prueba de chi cuadrada, no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($p > 0.05$).

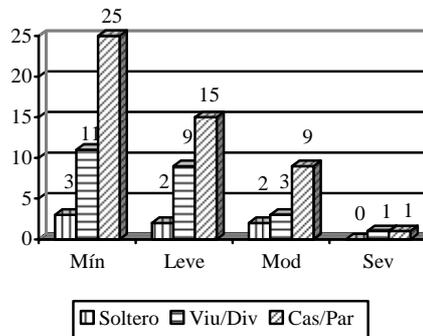
Figura 3. Frecuencia del sexo de los participantes según niveles de ansiedad.



Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil de los participan-

tes y los diferentes niveles de ansiedad ($p > 0.05$) (Figura 4).

Figura 4. Frecuencia del estado civil de los participantes según niveles de ansiedad.



Con respecto a las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición utilizados, en el análisis de reactivos con los datos de este estudio

la Escala de Depresión Geriátrica mostró una consistencia interna de $r = .8496$, medida por el coeficiente alfa de Cronbach (Tabla 1).

Tabla 1. Consistencia interna de la Escala de Depresión Geriátrica en el estudio.

Reactivos	Ítem- correlación total	Alfa si el ítem es borrado
R1	.3550	.8467
R2	.2974	.8526
R3	.6134	.8325
R4	.6294	.8316
R5	.5838	.8361
R6	.4788	.8409
R7	.6192	.8344
R8	.6941	.8273
R9	.4186	.8450
R10	.3467	.8490
R11	.2626	.8504
R12	.4848	.8403
R13	.3996	.8450
R14	.6004	.8334
R15	.5022	.8393
Alfa = .8496		

La validez concurrente de esta escala fue obtenida por grupos contrastados a través de la chi cuadrada con valores p asociados menores a 0.05; catorce de los reactivos cumplieron el requisito de la distribución de frecuencias “encontradas”; es

decir, las frecuencias más altas estuvieron en los extremos (el extremo superior para el grupo alto y el extremo inferior para el grupo bajo). Sólo uno de los reactivos, el 11, no cumplió con dicho requisito (Tabla 2).

Tabla 2. Valores Pearson chi cuadrada en el estudio de la Escala de Depresión Geriátrica.

Reactivos	Valor	g.l.	Sig. (dos colas)
R1	7.779	1	.005
R2	15.098	1	.000
R3	31.458	1	.000
R4	32.295	1	.000
R5	19.560	1	.000
R6	17.230	1	.000
R7	17.368	1	.000
R8	34.561	1	.000
R9	19.383	1	.000
R10	14.730	1	.000
R11	2.744	1	.098
R12	20.685	1	.000
R13	13.806	1	.000
R14	28.011	1	.000
R15	27.019	1	.000

Además, con una prueba t se identificó que los reactivos restantes (con excepción del mismo reactivo 11) con valores p asociados menores a 0.05, discriminan a aquellos sujetos que obtienen cali-

ficaciones bajas de los que obtienen calificaciones altas (Tabla 3).

En el análisis de reactivos del BAI, este exhibió una consistencia interna con alfa de Cronbach de $r = .8860$ (Tabla 4).

Tabla 3. Valores de t en el estudio de la Escala de Depresión Geriátrica

Reactivos	Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
	F	Sig.	t	g.l.	Sig. (dos colas)
R1	70.432	.000	-2.962	51	.005
R2	1.724	.195	-4.507	51	.000
R3	27.418	.000	-8.630	51	.000
R4	114.548	.000	-8.919	51	.000
R5			-5.462	51	.000
R6	3.695	.060	-4.957	51	.000
R7	3579.623	.000	-4.986	51	.000
R8	16.697	.000	-9.777	51	.000
R9	3.751	.059	-5.481	49	.000
R10	35.444	.000	-4.461	49	.000
R11	13.759	.001	-1.669	49	.101
R12	3343.529	.000	-5.782	49	.000
R13	29.142	.000	-4.265	49	.000
R14	182.849	.000	-7.727	49	.000
R15	38.422	.000	-7.430	49	.000

Tabla 4. Consistencia interna del Inventario de Ansiedad de Beck.

Reactivos	Ítem - correlación total	Alfa si el ítem es borrado
R1	.3743	.8841
R2	.4223	.8828
R3	.3708	.8864
R4	.2162	.8882
R5	.5534	.8790
R6	.4901	.8810
R7	.4400	.8825
R8	.7176	.8738
R9	.7185	.8735
R10	.6326	.8761
R11	.4562	.8819
R12	.3735	.8845
R13	.3630	.8842
R14	.6561	.8755
R15	.4046	.8833
R16	.5257	.8805
R17	.5031	.8807
R18	.4849	.8814
R19	.6376	.8765
R20	.2737	.8861
R21	.6511	.8761
<i>Alfa = .8860</i>		

La chi cuadrada muestra que 19 de los reactivos cumplen con el requisito de las frecuencias “en-

contradas”, y sólo dos de ellos no lo cumplen: 13 y 20 (Tabla 5).

Tabla 5. Valores Pearson chi cuadrada en el estudio del Inventario de Ansiedad de Beck.

Reactivos	Valor	g.l.	Sig. (dos colas)
R1	18.246	2	.000
R2	15.699	3	.001
R3	26.036	3	.000
R4	14.053	2	.001
R5	21.433	3	.000
R6	14.893	2	.001
R7	17.989	3	.000
R8	21.433	3	.000
R9	21.538	3	.000
R10	28.040	3	.000
R11	13.306	3	.004
R12	11.509	3	.009
R13	7.684	3	.053
R14	24.885	3	.000
R15	16.936	3	.001
R16	19.142	2	.000
R17	16.394	3	.001
R18	12.198	3	.007
R19	16.312	3	.001
R20	4.903	2	.086
R21	25.667	3	.000

La prueba *t* muestra que el resto de los reactivos discriminó a aquellos sujetos que obtuvieron ca-

lificaciones bajas de los que las tuvieron altas (Tabla 6).

Tabla 6. Valores de *t* en el estudio del Inventario de Ansiedad de Beck.

Reactivos	Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba <i>t</i> para igualdad de medias		
	F	Sig.	<i>t</i>	g.l.	Sig. (dos colas)
R1	44.714	.000	-4.953	37	.000
R2	21.616	.000	-4.393	38	.000
R3	33.010	.000	-6.246	38	.000
R4	35.330	.000	-4.314	38	.000
R5	27.843	.000	-5.406	39	.000
R6	11.662	.001	-4.641	40	.000
R7	22.402	.000	-5.053	41	.000
R8	27.843	.000	-5.406	39	.000
R9	33.565	.000	-4.945	38	.000
R10	52.356	.000	-7.039	40	.000
R11	29.354	.000	-3.840	40	.000
R12	59.705	.000	-3.400	39	.002
R13	24.542	.000	-2.725	37	.010
R14	25.288	.000	-5.701	40	.000
R15	9.877	.003	-4.679	40	.000
R16	59.725	.000	-5.006	41	.000
R17	89.323	.000	-4.577	40	.000
R18	20.799	.000	-3.935	39	.000
R19	17.525	.000	-4.251	39	.000
R20	26.983	.000	-2.276	37	.029
R21	42.854	.000	-5.923	40	.000

DISCUSIÓN

Tal como se menciona en la literatura y en la introducción de este trabajo, los problemas psicológicos clínicos por antonomasia en los adultos mayores son los referentes a su funcionamiento psicológico, es decir, a trastornos afectivos tales como la depresión y la ansiedad. Los resultados de este estudio demuestran que existen indicadores significativos de ambos constructos en la población estudiada, lo cual puede tener un origen multifactorial en los participantes y que da pauta para generar mayor investigación para asimismo conocer las posibles causas o correlatos de la depresión y ansiedad.

Lo anterior tiene grandes implicaciones en cuanto a determinar la incidencia de estos problemas clínicos en la población adulta mayor del país, pero también para elaborar propuestas de inter-

vención psicológica para abordar tales problemas en esta población. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los indicadores de depresión y ansiedad identificados en los participantes, y su sexo y estado civil, lo que lleva a investigar más sobre otras variables causales, correlacionadas o intervinientes en la presencia de estos constructos en adultos mayores, pero esta vez se sugieren variables de carácter más proximal al actuar de un psicólogo, es decir, variables en que los psicólogos tengan una mayor injerencia en su evaluación y tratamiento, y no variables distales que sólo permiten identificar grupos o categorías de sujetos en riesgo.

Además, se pudo constatar a través del análisis de reactivos de la Escala de Depresión Geriátrica y del Inventario de Ansiedad de Beck que ambos instrumentos tienen propiedades psicométricas bien establecidas; en este caso, su confiabi-

lidad a través de la alfa de Cronbach para su consistencia interna, y de grupos contrastados su validez concurrente. Este dato, referente a las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en este estudio, es de gran importancia ya que realmente existe poca información en el país acerca de la confiabilidad y validez de instrumentos de diagnóstico en adultos mayores, lo que hace del presente una prometedora aportación a este vacío metodológico.

En el caso del Inventario de Ansiedad de Beck, hubo dificultades al ser respondido por tener cuatro opciones de respuesta en cada reactivo, lo cual confundió en gran parte a los participantes y plantea la necesidad de elaborar instrumentos de medición que estén diseñados ex profeso para adultos mayores, con reactivos de dos opciones

de respuesta y el apoyo de dibujos, sobre todo en el caso de los adultos mayores con escaso o nulo nivel académico.

Los autores sugieren, por último, el enfoque cognitivo-conductual, el cual ofrece amplias posibilidades de abordaje en la depresión y ansiedad ya que se enfoca habitualmente en el estado actual más que en el pasado, y se concentra en la visión y la percepción del paciente respecto de su vida más que en los rasgos de la personalidad (Reynoso y Seligson, 2005). La terapia cognitivo-conductual, con o sin la adición de la intervención familiar, es la línea de investigación de la que se han derivado los tratamientos que han probado mayor grado de eficacia en el tratamiento de estos problemas clínicos (Olivares, Rosa y García, 2006).

REFERENCIAS

- Baker, T. y Hines, R. (2004). Examining chronic pain in older community-dwelling black Americans: Why is this significant and where do we go from here? *The Gerontologist* (57th Annual Scientific Meeting), 44(Special Issue) I, October, 607.
- Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. México: Paidós.
- Chyun, D., Katten, D., Melkus, G., Sharp, D. y Davey, J. (2004). Anxiety and quality of life following screening for asymptomatic myocardial ischemia. *The Gerontologist* (57th Annual Scientific Meeting), 44(Special Issue), October, 472.
- Ferreira, V. y Shermam, A. (2004). The role of social, physical, and personality factors in well-being: Depression in osteoarthritis patients. *The Gerontologist* (57th Annual Scientific Meeting), 44(Special Issue) I, October, 99.
- Fuentes, I., Alarcón, A., Cabañas, S. y Capafons, A. (2006). Evaluación del trastorno por ansiedad generalizada. En V. Caballo (Comp.): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 507-518). Madrid: Pirámide.
- Girardin, M., Lalive, C., Spini, D. y Bickel, J. (2004). The impact of frailty on the oldest well-being. *The Gerontologist* (57th Annual Scientific Meeting), 44(Special Issue) I, October, 140-141.
- González C.R., A.L. (2005a). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento. En L. M. Reidl, E. Matute y V. M. Alcaraz (Coord.): *Las aportaciones mexicanas a la psicología. La perspectiva de la investigación en la década 1995-2005*. México: UNAM/U. de G./ U.V.
- González C.R., A.L. (2005b). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (Coords.): *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- Li, F., Fisher J., Harmer, P., McAuley, E. y Wilson, N. (2003). Fear of falling in elderly persons: Association with falls, functional ability, and quality of life. *The Journal of Gerontology*, 58B: 283-290.
- Olivares, J., Rosa, A. y García L., L. (2006). Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. En F. Méndez, J. Espada y M. Orgilés (Coords.): *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 105-130). Madrid: Pirámide.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Sierra, R. (2003). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Suen, L. (2004). Depression and gender in Taiwanese American older adults. *The Gerontologist* (57th Annual Scientific Meeting), 44(Special Issue) I, October, 325.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. y Nieto M., M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (Comp.): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.

- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leiver, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Yuste, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.